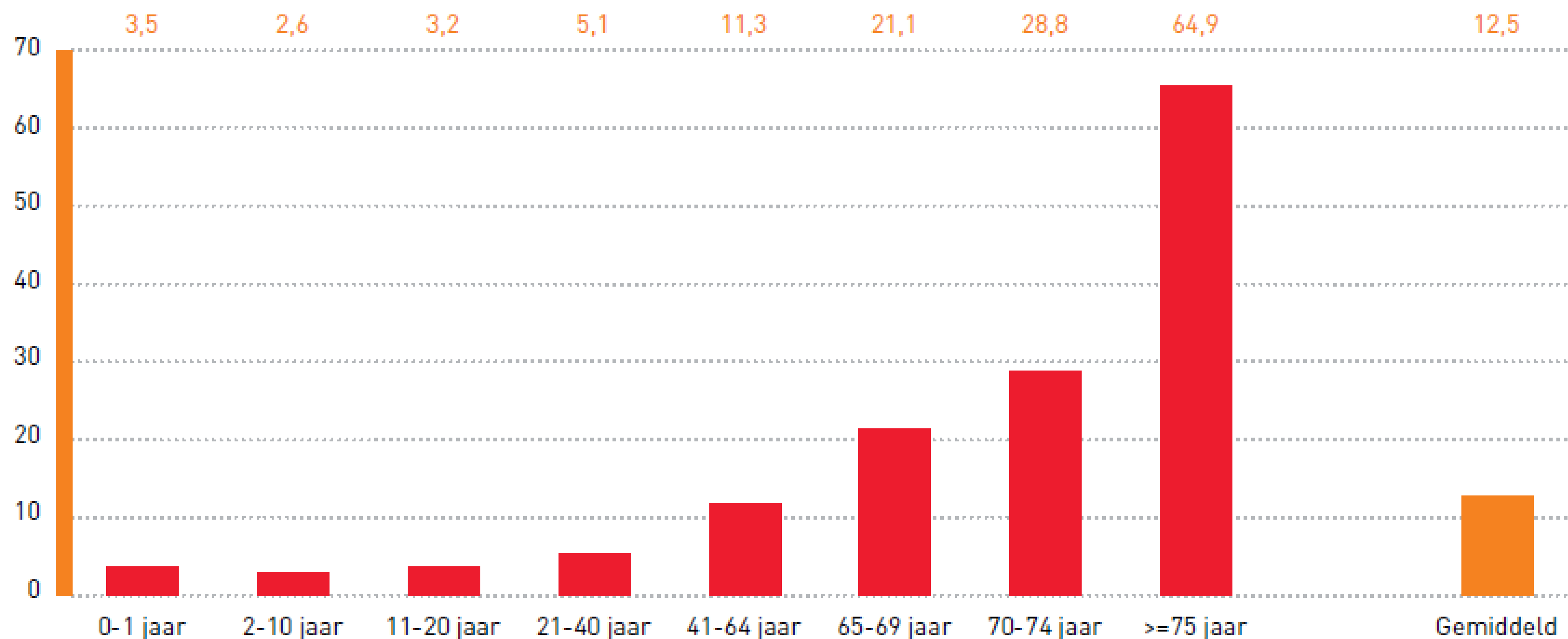
Polyfarmacie bij de oudere patient

Rob van Marum
Klinisch geriater, klinisch farmacoloog
Jeroen Bosch ziekenhuis

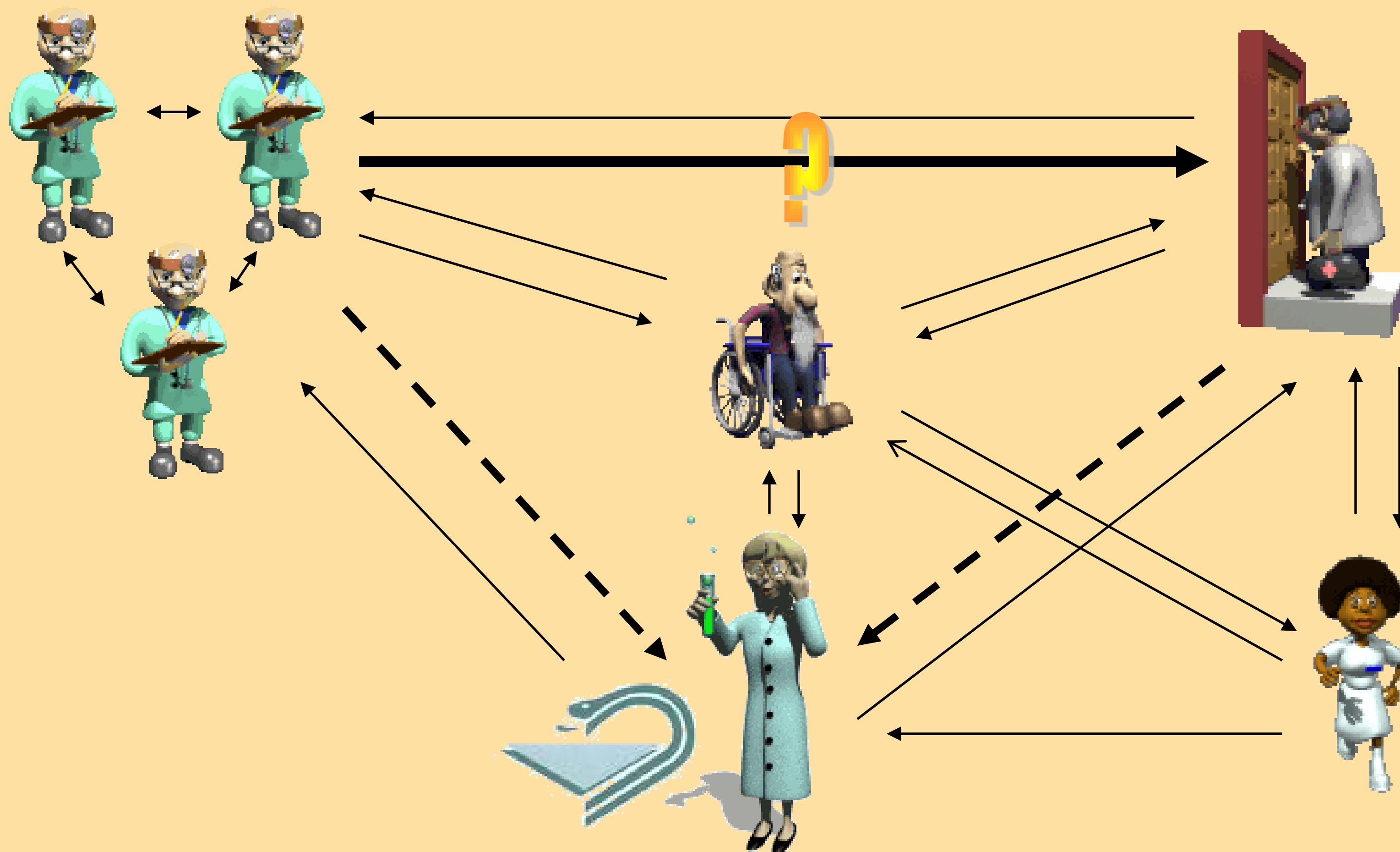
1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2010 (in voorschriften)



Openbare apotheken verstrekken aan personen van 75 jaar of ouder ruim 5 keer zo vaak een geneesmiddel als aan een gemiddelde Nederlander.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Zo veel potentiële risico's



Waarom zou je je druk maken?

- 20% inappropriate[1]
- 5.6% vd acute ziekenhuisopnames door medicatie[2]
- 41.000 acute opnames [2]
- 50% vermijdbaar

Tien medicijndoden per dag

Controle op bijwerkingen van geneesmiddelen onder de maat

door Joop Bouma

Iedere dag sterven in Nederland tien mensen door bijwerkingen van geneesmiddelen. Bij minstens vijf is het overlijden vermijdbaar. Het toezicht op de kwaliteit van medicijnen schiet tekort.

Dit zeggen medisch deskundigen in het actualiteitenprogramma 'Zem- zorg (IGZ) kwam vorige maand met een schatting van honderden doden door problemen met geneesmiddelen. Vooral ouderen, die vaak gelijktijdig meerdere middelen slikken, vormen een risicogroep.

'Zembla' komt tot een veel hogere sterfte, omdat IGZ zich alleen baseerde op ziekenhuisregistraties. Lang niet altijd worden bijwerkingen geregistreerd als oorzaak van overlijden. Bij patiënten die de pijnstiller Vioxx gebruikten en kwamen te overlijden door een bijwerking, is in veel gevallen een hartaanval of beroerte als doodsoorzaak vastgelegd.

Vioxx, dat in september vorig jaar door producent Merck vanwege ernstige bijwerkingen wereldwijd van de markt werd gehaald, is in Nederland door artsen op grote schaal voorgeschreven voor klachten waarvoor het middel eigenlijk niet was toegelaten.

De baas van IGZ, inspecteur-generaal dr. Herre Kingma, zegt dat de artsen zelf verantwoordelijk zijn voor hun voorschrijfgedrag. „Wij gaan niet naast de dokter in de spreekkamer zitten", aldus een geïrriteerde Kingma in de uitzending. De Amsterdamse hoogleraar (antropologie van zorg en gezondheid) dr. Anita Hardon zegt: „Ik zou willen dat de Nederlandse overheid wat actiever reageerde op problemen met bijwerkingen."

NEDERLAND 3
Website over bijwerkingen geneesmiddelen


27-04-02

NRC HANDELSBLAD

www.nrc.nl

LUX ET LIBERTAS

ALGEMEEN HANDELSBLAD (1828) EN NIEUWE ROTTERDAMSE COURANT (1844)

'Veel 65-plussers onnodig in ziekenhuis'

Door medicijnen 200 opnames per dag

---

[1]IGZ: Staat van de gezondheidszorg 2004

[2]HARM-rapport 2007

HARM-onderzoek



Tabel 4.10: Patiënt gerelateerde risicofactoren voor vermijdbare geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames

Variabele	HR	95%BI	Gecorrigeerd voor:
Therapie ontrouw	2,3	1,4 - 3,8	Polyfarmacie en cognitie
Verminderde cognitie	11,9	3,9 - 36,3	Woonsituatie en polyfarmacie
Nierfunctie	3,1	1,9 - 5,2	
Thuissituatie (niet zelfstandig wonend)	3,0	1,4 - 6,5	Cognitie, polyfarmacie, therapietrouw en nierfunctie
Aantal aandoeningen =0	Ref.		Polyfarmacie en therapietrouw
Aantal aandoeningen =1/2	4,8	1,8 - 13,0	
Aantal aandoeningen =3/4	6,2	2,3 - 17,1	
Aantal aandoeningen =5+	8,7	3,1 - 24,1	

Wat slikken ouderen ?

85+	Naam
1	Antithrombotica
2	Beta blokkers
3	Hypnotica
4	Maagbeschermers
5	Cholesterolverlagers
6	ACE-remmers
7	Orale bloedsuikerverlagende middelen
8	Anxiolytica
9	Diuretica
10	Laxantia

Bron: LINH: 2006

ATC Groep	%
Psychofarmaca	74
Antipsychotica	35
Anxiolytica	28
Hypnotica	54
Laxantia	56
Analgetica	53
Antistolling	52
Diuretica	41
NSAIDs	37
Antidepresiva	17

Eur J Clin Pharm 2000; 55: 765-71

50% bijwerkingen door 10 geneesmiddelen!

Tabel 1. Belangrijkste potentieel vermijdbare bijwerkingen en bijbehorende geneesmiddelgroepen volgens de samengevoegde IPCI en HARM gegevens

Potentieel vermijdbare bijwerking	Aantal gevallen	Belangrijkste geneesmiddelgroep(en)
Gastrointestinale/andere bloeding	84	Anticoagulantia Trombocytenaggregatie remmers NSAID's
Elektrolytstoornis/dehydratie	30	Diuretica RAS-remmers (hyperkaliëmie)
Fractuur	26	Psychofarmaca (via valincidenten) Corticosteroïden (via osteoporose)
Ontregeling/uitlokking diabetes	20	Bloedglucoseverlagende middelen (vooral hypoglykemie) Corticosteroïden (hyperglykemie)
Nierinsufficiëntie/hartfalen	13	RAS-remmers (alleen nierinsufficiëntie) NSAID's (nierinsufficiëntie/hartfalen)
Constipatie	11	Opioïden
Bradycardie	10	Cardiale middelen (digoxine, sotalol)
Totaal	**194**	**53% van 367 potentieel vermijdbare gevallen**

Harmwrestling rapport 2008

“Goede” geneesmiddelen kunnen fout zijn bij ouderen



“Frailty”

- **Frailty** is een instabiele gezondheidstoestand bij (vooral) ouderen met afgenomen reserves bij wie sprake is van gezondheidsproblematiek van multipele aard, welke gevolgen heeft voor het zelfstandig kunnen functioneren, met name op het gebied van zelfzorg.

Fysiologische veroudering

- spiermassa ↓
- nierfunctie ↓
- flexibiliteit ↓
- balans ↓

Intrinsieke factoren

- parkinsonisme
- verminderde cognitie
- visusstoornissen
- hartritme en/of geleidingsstoornis
- etc

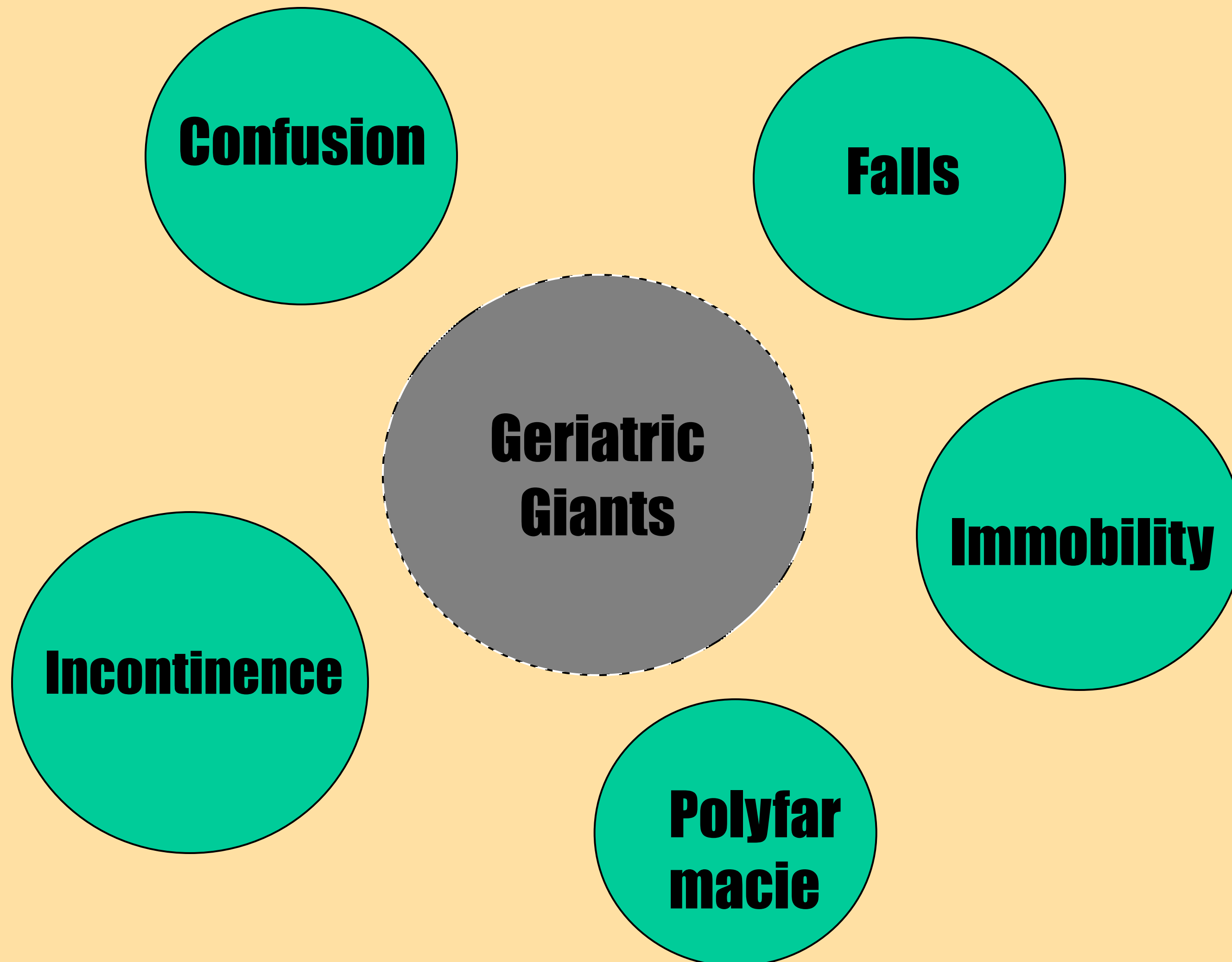
Verminderde effectiviteit homeostatische regelmechanismen

↓

Frailty



Geriatric giants





Belangrijk!!!

- Je moet het wel willen zien







Ouderen en pillen paradox

- veel co-morbiditeit dus veel pillen nodig
- veel pillen geeft meer risico op co-morbiditeit

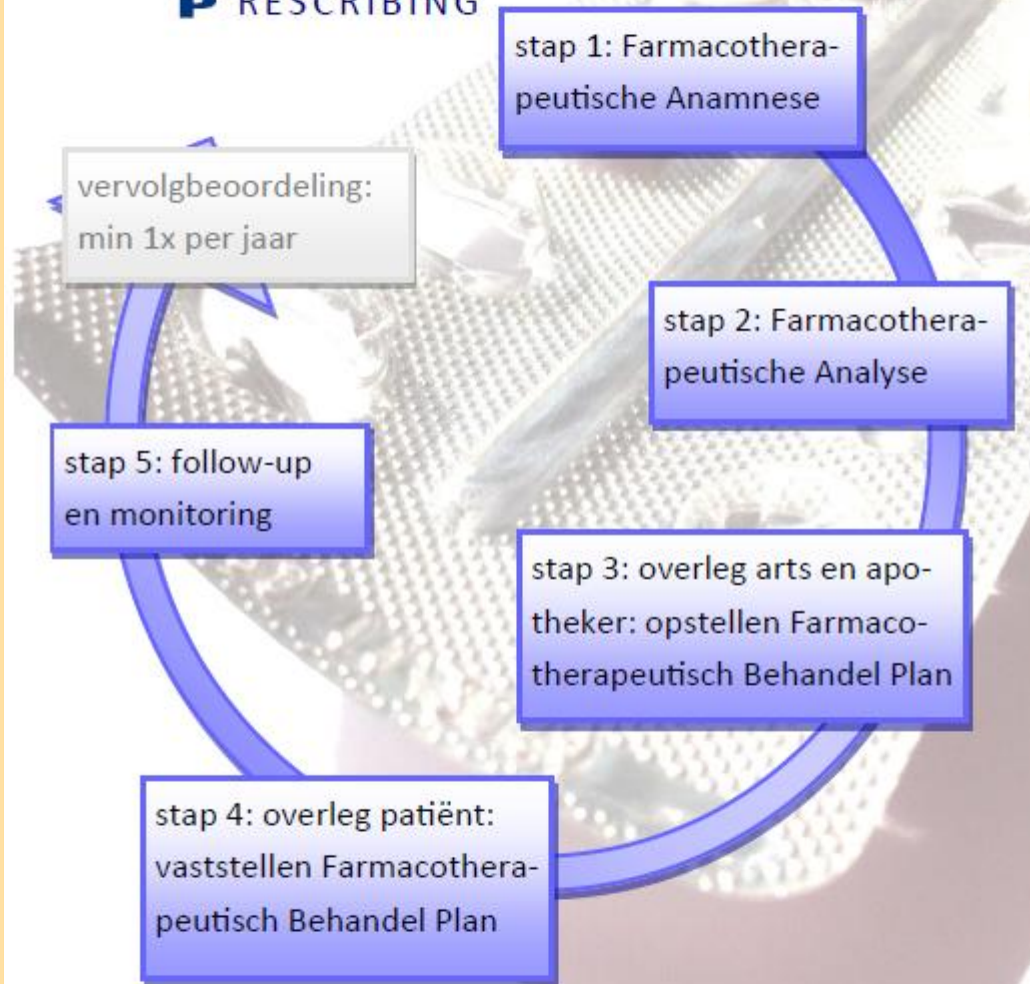
Medicatiebeoordeling

- 65 jaar of ouder EN polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen)
- met minimaal 1 risicofactor:
  - verminderde nierfunctie (eGFR< 50 ml/min/1,73m2)
  - verminderde cognitie
  - verhoogd valrisico (>1 maal gevallen in voorafgaande 12 maanden)
  - signalen van verminderde therapietrouw

1x/jaar

STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING

S YSTEMATIC
T OOL to
R EDUCE
I NAPPROPRIATE
P RESCRIBING



de STRIP-methode is een bijlage bij de KKCZ richtlijn polyfarmacie bij ouderen; naar een beter medicatiebeleid, 2012

Stap 1 farmacotherapeutische anamnese

- Wat verwacht de patiënt van zijn of haar medicatie, wat vindt de patiënt van zijn of haar farmacotherapie
- Wat zijn de ervaringen van de patiënt met de huidige medicatie en de eerder gebruikte medicatie
- Heeft de patiënt klachten, is de farmacotherapeutische behandeling effectief
- Ervaart de patiënt bijwerkingen
- Wat gebruikt de patiënt daadwerkelijk aan medicatie
- Gebruikt de patiënt zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen
- Hoe volgt de patiënt de gebruiksadviezen op
- Ervaart de patiënt praktische problemen met het gebruik van de medicatie
- Wat zijn, indien van toepassing, de redenen van afwijken van het geadviseerd gebruik/geadviseerde dosering



Stap 2. Farmacotherapeutische analyse

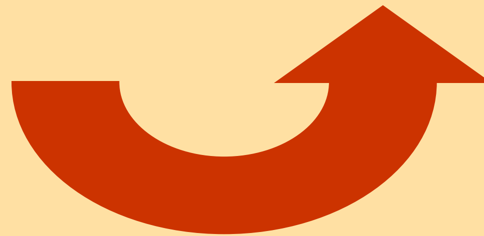
- **Doel**: De farmacotherapeutische analyse heeft tot doel de (potentiële) farmacotherapie problemen (FTP) te identificeren.

- De farmacotherapeutische analyse begint met het **ordenen van de gegevens** uit de voorbereiding en de farmacotherapeutische analyse. De actuele aandoeningen en problemen worden gekoppeld aan de voorgeschreven actuele medicatie en indien mogelijk aan meetwaarden. Bij deze aandoeningen en problemen worden behandeldoelen geformuleerd. Deze behandeldoelen kunnen symptomatisch, curatief of palliatief zijn en worden in stap 3 met de betrokken behandelaren en in stap 4 met de patiënt vastgesteld.

Belangrijk: richtlijnen zijn nooit opgesteld voor ouderen met polyfarmacie en uitgebreide co-morbiditeit!



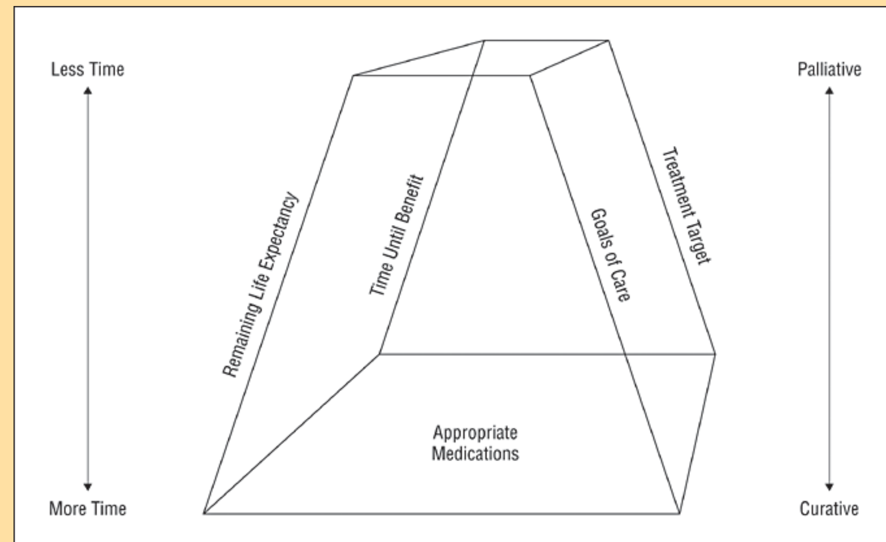




Behandeling hangt af van

- Evidence bij ouderen
- Biologische leeftijd
- Time until benefit van de therapie
- Therapeutische wensen

Arch Intern Med. 2006;166:605-609.



Inhoud FT analyse

- Met de geordende informatie wordt de farmacotherapie van de patiënt gecontroleerd op mogelijke onderstaande problemen (FTPs):
  1. onderbehandeling
  2. geneesmiddel niet effectief
  3. overbehandeling
  4. (potentiële) bijwerking
  5. klinisch relevante contra-indicatie en interactie
  6. onjuiste dosering
  7. probleem bij gebruik

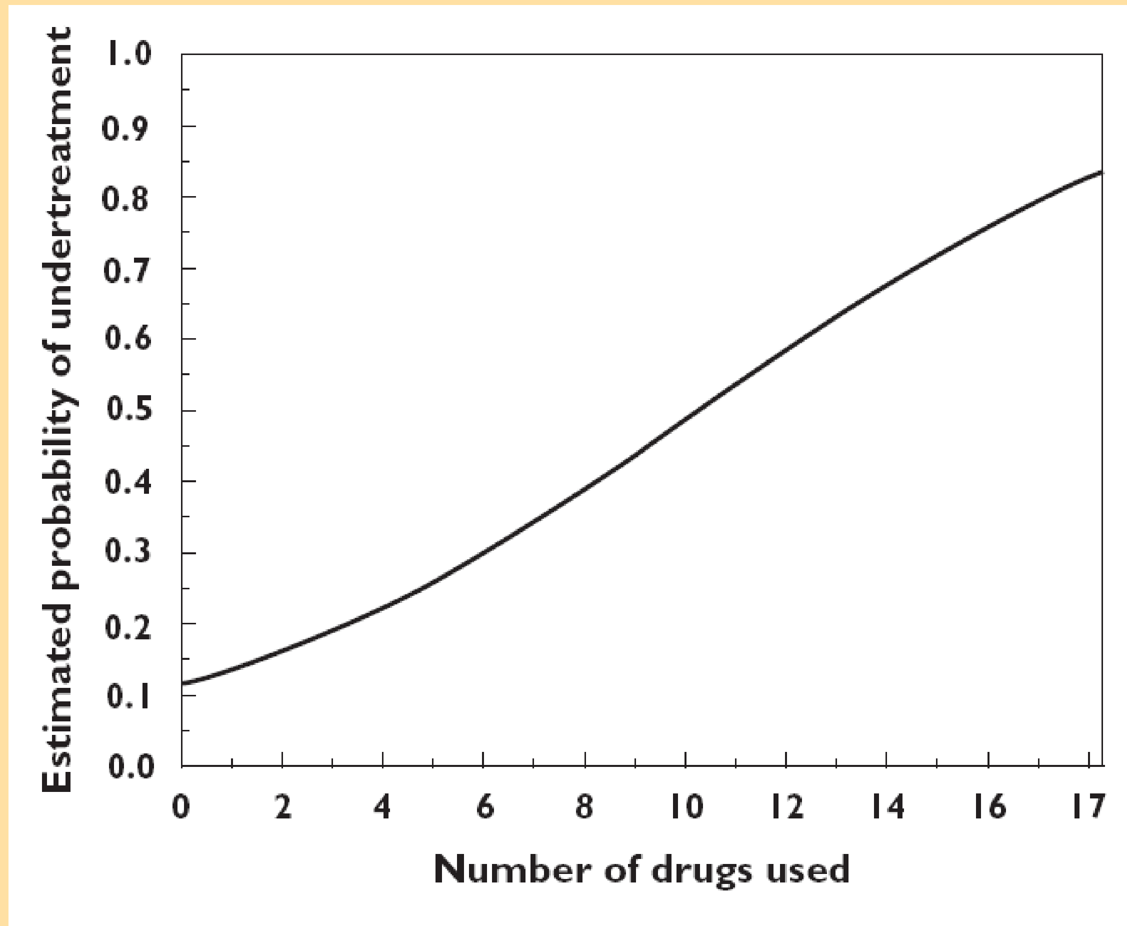
Onderbehandeling

Ontbrekend	UMCU	VS
Laxans bij morfine	62%	-
Beta blokker na hartinfarct	60%	47%
ACE-remmer bij hartfalen	47%	35%
Coumarine bij AF	42%	6%
Inadequate osteoporosetherapie	29%	30-70%
Statine bij hypercholesterolemie	23%	53%
Antihypertensivum	23%	36%
Ascal bij AP, MI, CVA/TIA	21%	34%
Maagbescherming bij NSAID	21%	89%

Kuijpers et al. Br J Clin Pharmacol. 2008 Jan;65(1):130-3.

Higashi, Ann Intern Med, 2004; 140(9): 714-22

Polyfarmacie en onderbehandeling



Kuijpers et al. Br J Clin Pharmacol. 2007 Jun 19; [Epub ahead of print]

Gelukkig neemt de patient niet alles wat de arts voorschrijft



Stap 4: Overleg patiënt, vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

- Bespreek met de patiënt de voorgestelde wijzigingen en neem op grond daarvan de definitieve beslissing welke wijzingen worden doorgevoerd. Maak daarbij een tijdpad voor elke verandering.

Stap 5. Follow-up en monitoring

- Documenteer welke controles uitgevoerd dienen te worden en op welke termijn.
- Leg vast op welke termijn de medicatielijst opnieuw gereviseerd zal worden.

Mogelijke rol verpleegkundige

- Signalering mogelijke klanten medicatiebeoordeling
- Gesprek met patient: farmacotherapeutische anamnese
  - Wat gebruikt u nu precies?
  - Bijwerkingen
  - Wensen
  - Etc
- Bewaking belangrijkste signalen achteruitgang
  - Geriatric giants
  - Achteruitgang functionaliteit



THM

- Polyfarmacie is geen behandeling maar moet gezien worden als ‘ziekte’ die veelal samengaat met veroudering
- Vpk dienen kennis te hebben van de belangrijkste symptomen passend bij het ziektebeeld polyfarmacie
- Een alerte signalerende houding van POH, verpleegkundige in zkh of thuiszorg is van groot belang
- Medisch wetenschappelijk handelen volgens richtlijnen kan schadelijk zijn voor de kwetsbare oudere
- De jaarlijkse medicatiebeoordeling bij kwetsbare ouderen door huisarts en apotheker is winst, maar wie let de rest van het jaar op?